FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°102

10.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 mai 1870,

PAR LÉOPOLD BERTRAND,

Né à Lamothe-Landerron (Gironde).

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

ÉTUDE

SUR LE

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE,

1870

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen. M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle medicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. VERNEUIL.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD.
	Chargé de cours.
Clinique médicale	BOUILLAUD. G. SÉE. LASEGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCOUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PÉRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBÉ (LEON).	PETER.
BUCQUOY.	GRIMAUX.	LEFORT.	POLAILLON.
CORNIL	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
CRUVEILHIER.	ISAMBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
DE SEYNES.			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.* . .
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N.* . . . .
— d'ophthalmologie	*N.* . . . .
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. VULPIAN, *Président;* GUBLER, CORNIL, DUPLAY.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Faible témoignage d'une profonde reconnaissance et d'une éternelle amitié.

A MON FRÈRE

Affection et dévouement.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. VULPIAN

Professeur d'anatomie pathologique.

Je prie M. V. CORNIL, professeur agrégé, de vouloir bien agréer mes remercîments sincères pour les données anatomopathologiques que j'ai mises à profit dans la rédaction de ce travail.

ÉTUDE

SUR LE

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE

HISTORIQUE.

Le cancer de la vésicule biliaire a été rarement observé. En effet, si l'on parcourt les nombreux travaux qui ont servi à faire l'histoire des maladies du foie et des voies biliaires, on trouve à peine quelques documents sur la dégénérescence cancéreuse de la vésicule. M. Littré (1), le premier, en a cité un exemple observé par Baillie. « Les tuniques avaient un quart de pouce d'épaisseur et étaient remplies de tubercules gros et durs : le foie était affecté de la même maladie. » Mais l'auteur du savant article n'a pas dit si l'affection était primitive, ou si elle était secondaire.

M. Cruveilhier (2) n'a pas consacré d'article à part à l'histoire de cette affection; il dit seulement que la vésicule est souvent cancéreuse, et pour appuyer son assertion il en a cité un seul exemple.

---

(1) Littré, Dictionnaire de méd., t. V, 2e édit.

(2) Cruveilhier, Archives gén. de méd., 1839. — Anatomie pathol., t. II.

C'est M. Durand-Fardel (1) qui publia, le premier, entre 1838 et 1840, des observations très-détaillées et très-précises. Dans l'espace de deux ans il put réunir six cas de cancer des voies biliaires, parmi lesquels il y avait trois cancers primitifs de la vésicule.

Bien que l'éveil fût donné, les observateurs restèrent encore muets pendant une espace de sept ans.

En 1847, M. Lacaze-Duthiers (2) fit connaître une observation de cancer encéphaloïde primitif de la vésicule : le foie était sain.

En 1848, M. P. Broca fit un rapport, devant la Société anatomique, sur un cas présenté par M. L. Corvisart (3).

Rippoll (4) observa un fait analogue l'année suivante.

Icery et Mahieux publièrent deux observations dans le courant de l'année 1853 (5)

Le Dr Markham signala un cas très-intéressant de squirrhe de la vésicule observé chez une jeune femme de 28 ans, en 1857.

M. E. Wagner a publié, en 1863, le premier cas de cancer villeux de la vésicule.

La même année, M. V. Cornil (8) rapporta, dans un mémoire couronné par l'Académie, une observation de cancer colloïde que l'on trouvera mentionnée textuellement, dans le courant de notre travail, à l'article Anatomie pathologique.

M. Prompt a décrit un cas de cancer de la vésicule dans les *Bulletins de la Société Anatomique*, en 1866.

---

(1) Durand-Fardel, Archives gén. de méd., t. VIII.
(2) Lacaze-Duthiers, Bullet. de la Société anatom., 1847.
(3) L. Corvisart et P. Broca, ibid., 1848.
(4) Rippoll, ibid., 1849.
(5) Icery et Mahieux, ibid., 1853.
(6) Markham, *in* Transact. of the pathol. Society, 1857.
(7) E. Wagner, Archiv für Heilkunde, 1863.
(8) V. Cornil, Mémoire sur le cancer, 1863.

Enfin M. Villard, interne des hôpitaux, vient de publier, dans le *Mouvement médical* (numéro du 20 mars), une observation de cancer colloïde prise à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Besnier. Nous la citerons textuellement.

En somme, nous ne pourrons ajouter au nombre restreint de tous ces travaux, qu'une observation nouvelle. C'est elle qui nous a suggéré l'idée de parcourir et d'analyser les divers recueils scientifiques. Notre but a été de présenter à la science un résumé analytique de l'histoire des cancers primitifs de la vésicule biliaire.

Nous avons consulté en premier lieu l'article *Voies biliaires* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, rédigé par MM. Barth et Besnier. Il a facilité notre tâche surtout en nous fournissant toutes nos indications bibliographiques.

Nous devons aussi beaucoup de documents précieux à M. V. Cornil, qui nous a aidé à tracer méthodiquement le plan de cette étude.

ÉTIOLOGIE.

Age. — Dans 13 cas où l'âge a été bien indiqué, nous avons trouvé les chiffres suivants.

28, 56, 58, 65, 66, 68, 69, 71, 72 deux fois 74, 75, 81. — Il n'est pas indiqué dans les autres observations. Ainsi donc nous pouvons dire que c'est une maladie qui atteint spécialement les vieillards.

Sexe. — Dans les quatorze observations où le sexe est mentionné, douze fois les malades étaient des femmes. Deux fois seulement c'étaient des hommes. Ces faits tout particuliers confirment une fois de plus que le cancer est plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Ces conditions d'âge et de sexe, identiques dans presque tous les cas, devront être prises en grande considération dans les diagnostics difficiels.

L'hérédité, les professions, les conditions hygiéniques, sont des questions qu'il est impossible de résoudre d'une manière positive.

Deux fois il a semblé que l'altération de la santé était la suite de violents chagrins ou de grandes émotions morales.

On n'a pas signalé de cause occasionnelle bien déterminée. Les maladies antérieures n'ont fourni aucun renseignement sérieux.

Comme l'on a constaté presque toujours des calculs dans la vésicule biliaire, les observateurs ont dû résoudre les questions suivantes:

Sont-ce les calculs qui sont la cause du cancer? ou Est-ce le cancer qui est la cause des calculs?

Cette question posée, pour la première fois en 1849, au sein de la Société anatomique, fut tranchée par M. Deville, avec l'adhésion de MM. Demarquay et Lebert. On insista sur la permanence du cancer et le défaut de persistance des calculs. Dans le cas présenté par M. Rippoll, le cancer avait précédé les calculs, et avait été cause de leur production, en apportant un obstacle au cours de la bile. Cette opinion qui est la plus vraisemblable a été partagée par tous ceux qui font autorité dans la science.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les tumeurs primitives de la vésicule biliaire, comprises généralement sous le nom de *cancers* ou *carcinomes*, appartiennent, les unes, en effet, aux carcinomes et sont des squirrhes, des encéphaloïdes ou des carcinomes colloïdes : les autres appartiennent à l'épithélioma à cellules cylindriques.

Nous commencerons leur étude par la description de ces altérations à l'œil nu. Et comme il est impossible de distinguer à l'œil nu

le carcinome encéphaloïde d'avec l'épithélioma à cellules cylindriques, nous n'aurons pas besoin de donner la description macroscopique de ce dernier.

D'après un relevé de 16 autopsies empruntées à divers auteurs la nature de la tumeur était :

Carcinome colloïde.	4 cas.
— encéphaloïde	4 —
— squirrheux	5 —
Epithélioma à cellules cylindriques. . . .	3 —

Dans 1 cas la nature de la tumeur n'était pas indiquée.

Rokitansky, cité par Frerichs et Murchisson, a observé un cas de cancer primitif de la vésicule. Tout porte à croire que c'était un cas de cancer villeux, puisque Frerichs, en le mentionnant, décrit les diverses phases du développement de carcinome villeux.

La vésicule biliaire est plus ou moins volumineuse et dilatée, ce qui tient d'une part à l'épaississement de ses parois, et d'autre part à la présence dans son intérieur de liquides et de calculs en plus ou moins grand nombre.

Dans un seul cas sa cavité était rétrécie (Markham).

Lorsque, après avoir ouvert le duodénum et mis à découvert l'ampoule de Vater, qui peut être le siége d'un bourgeonnement de la muqueuse à ce niveau, on presse sur la vésicule biliaire pour faire sortir la bile dans le duodénum, on a pu s'assurer dans plusieurs cas que l'issue de la bile était impossible ou qu'elle exigeait, pour se produire, une pression considérable sur la vésicule.

La vésicule étant ouverte, on constate dans le plus grand nombre des cas la présence de calculs biliaires dans son intérieur. Sur 16 cas, les calculs ont été observés 14 fois. Dans une seule observation on a noté leur absence. Enfin, dans une dernière observation, il n'en est pas fait mention. Le nombre, la grosseur, la couleur de

ces calculs étaient très-variables. On en a trouvé tantôt un seul, tantôt 2, tantôt un nombre considérable, 167 (Prompt). Leur volume était en raison inverse de leur nombre. Ainsi dans l'observation de M. Villard le calcul unique avait la grosseur d'un œuf de pigeon. Dans l'observation de Rippoll, les calculs, au nombre de 2, étaient du volume d'une petite noix. Ovoïdes ou sphériques, lorsqu'ils étaient peu nombreux, ces calculs étaient rugueux ou à facettes lorsqu'ils se trouvaient en grand nombre; leur couleur était tantôt verdâtre, tantôt noire ou jaunâtre, tantôt blanche et nacrée. Ils étaient composés de cholestérine dans la plupart des cas où leur composition chimique est indiquée.

La bile contenue dans la vésicule était tantôt verdâtre ou jaunâtre, plus ou moins épaisse, tantôt complétement décolorée. On a noté aussi des fragments de la masse carcinomateuse détachés et nageant dans le liquide.

La surface de la vésicule biliaire dans les points envahis par la néo-formation est bourgeonnante, inégale ; les bourgeons sont tantôt petits, tantôt proéminents sous la forme d'un gros champignon, et dans ces mêmes points, l'épaisseur de la vésicule biliaire est extrêmement accrue.

Le tissu nouveau peut être limité dans une partie de la vésicule, ou au contraire à toute la surface de celle-ci. Son apparence à l'œil nu est variable suivant la nature même du néoplasme. Ainsi lorsqu'il s'agit d'un carcinome dur ou squirrhe, il crie sous le scalpel, et généralement il est moins considérable comme volume que dans le carcinome encéphaloïde. Les divers plans qui composent la paroi de la vésicule sont reconnaissables sur une surface de section. On y distingue la coupe de la muqueuse, des couches musculeuses et du tissu sous-péritonéal, la première étant essentiellement le siége de l'altération. En raclant avec la lame d'un scalpel cette surface de section, on obtient une petite quantité de suc laiteux.

Les bourgeons ou champignons végétants sont beaucoup plus

considérables dans le carcinome encéphaloïde et dans le cancroïde à cellules cylindriques : là aussi le liquide laiteux qui s'écoule, après la surface de section de la paroi, est beaucoup plus abondant que dans le squirrhe.

Dans le cas de cancer colloïde, les bourgeons observés à la surface de la vésicule sont mous, gélatiniformes, tremblotants, transparents, gris ou légèrement rosés, et, lorsqu'on a incisé la paroi, on reconnaît à l'œil nu des alvéoles et des lacunes qui contiennent un liquide muqueux, gélatiniforme.

Dans certains cas on ne trouve plus le canal cystique qui peut être ou oblitéré ou, au contraire, dilaté à tel point qu'il forme une grande poche séparée de la vésicule elle-même par une ou plusieurs brides.

L'altération des parois de la vésicule biliaire se poursuit généralement dans les parois du canal cholédoque. Ainsi dans le fait que nous rapporterons plus loin, les parois du canal cholédoque étaient extrêmement épaisses et dégénérées.

Les vaisseaux biliaires, le canal hépatique et ses divisions sont généralement dilatés. Il peut y avoir aussi de la rétention de la bile dans les acini hépatiques.

Le cancer primitif de la vésicule biliaire peut se propager vers les organes voisins, et ceux qui sont le plus souvent atteints sont le foie, le duodénum, principalement dans sa première portion, le côlon, l'estomac, le pancréas, l'épiploon et le péritoine.

Nous trouvons dans les observations que nous avons indiquées, des noyaux cancéreux secondaires du foie dans six cas. Et la règle la plus constante est que le foie présente des nodules ou des masses marronnées secondaires de la même nature que la tumeur primitive. Ainsi ces petites tumeurs du foie seront colloïdes, dans le carcinome colloïde de la vésicule et encéphaloïdes dans l'altération analogue de la vésicule.

De même lorsqu'il s'agira d'un épithélioma à cellules cylindri-

ques, le foie pourra montrer une généralisation de tumeurs de la même nature, et l'on connaît du reste la fréquence de la généralisation des épithéliomes de cette variété dans les tumeurs primitivement développées dans l'estomac.

Le duodénum a été envahi deux fois, le côlon quatre fois. Dans ces cas de dégénérescence de l'intestin, il se forme des adhérences avec la tumeur formée par la vésicule, et il se produit des perforations fistuleuses qui font communiquer les voies biliaires avec le canal intestinal. (Murchisson, Cruveilhier, Durand-Fardel.)

L'estomac et le pancréas sont rarement atteints.

On a vu dans un cas de petites plaques squirrheuses de l'estomac en coïncidence avec un squirrhe de la vésicule.

Les ganglions lymphatiques du voisinage sont toujours plus ou moins altérés et transformés en un tissu morbide semblable à celui de la tumeur primitive.

Le péritoine est souvent le siége de nodosités cancéreuses et de sérosité limpide, trouble ou sanguinolente.

Nous ne trouvons de nodosités secondaires dans les organes éloignés que dans trois des quinze faits que nous avons analysés. Dans les deux faits de carcinome de la vésicule observés par M. V. Cornil il y avait des noyaux colloïdes dans les poumons.

DESCRIPTION HISTOLOGIQUE.

Nous n'avons pas l'intention à propos des tumeurs malignes de la vésicule biliaire, de faire toute l'histologie de ces tumeurs et nous nous efforcerons de n'en donner que ce qui est spécial à la vésicule elle-même.

Un fait général pour toutes ces variétés du carcinome et de l'épitheliome, c'est qu'elles ont de la tendance à revêtir la forme villeuse ou bourgeonnante.

C'est là une propriété générale à toutes les tumeurs qui se déve-

loppent à la surface des muqueuses cavitaires et que la vésicule biliaire partage notamment avec la vessie urinaire.

Le *squirrhe* et l'*encéphaloïde* ne diffèrent l'un de l'autre que par l'épaisseur des parois alvéolaires plus grandes dans le premier que dans le second; ils sont caractérisés là comme partout par leurs alvéoles et les cellules qui y sont contenues.

Lorsqu'on a fait durcir la tumeur de la vésicule dans l'alcool ou dans l'acide chromique et qu'on étudie au microscope des sections perpendiculaires à sa surface, on voit les particularités suivantes:

Les bourgeons, qui se trouvent à la surface, sont recouverts généralement par une couche de cellules cylindriques appartenant au revêtement de la muqueuse.

Ces cellules n'existent plus dans les points où la tumeur est ulcérée et en voie de ramollissement.

Ces bourgeons sont très-vasculaires et formés par des vaisseaux et un tissu tantôt simplement embryonnaires, tantôt par un tissu carcinomateux. Les alvéoles du carcinome occupent toute l'épaisseur du tissu sous-muqueux. Les couches de fibres musculaires lisses peuvent être elles-mêmes envahies par le tissu carcinomateux, mais le plus souvent on observe simplement des éléments embryonnaires situés entre les muscles lisses. Les mêmes altérations se remarquent dans le tissu conjonctif sous-péritonéal notablement épaissi.

Le carcinome *colloïde*, qui d'après les observations est un des plus communs dans la vésicule, s'y caractérise par la dégénérescence colloïde de ses cellules et par la forme et la grandeur de ses alvéoles. Les cellules y sont sphériques, transparentes, contenant quelques granulations muqueuses. Certaines de ces cellules sont énormes et contiennent un grand nombre de noyaux vésiculeux eux-mêmes; d'autres plus petits sont vésiculeux et en voie d'atrophie.

La forme des alvéoles est généralement sphérique; leurs parois sont minces, en dégénérescence muqueuse dans un grand nombre

d'entre elles. Les bourgeons colloïdes sont également recouverts par des cellules d'épithélium cylindrique appartenant à la muqueuse tant que la tumeur n'est pas ulcérée.

OBSERVATION Ire.

Cancer colloïde de la vésicule biliaire, du foie, des poumons et du péritoine. — Ictère. — Rétention de bile. — Calculs biliaires. — Albuminurie. — Rein ictérique et en dégénérescence graisseuse.

La nommée Guiller (Suzanne), âgée de 68 ans, blanchisseuse, entre le 18 mars 1863 à l'infirmerie de l'hospice de la Salpêtrière, n° 6 (service de M. le Dr Charcot).

Cette femme, entrée à l'hospice en 1855 pour une amaurose de l'œil gauche, avec faiblesse de l'œil droit, donne sur ses antécédents les renseignements suivants : sa mère est morte d'accidents, son père d'asthme. De plusieurs enfants qu'elle a eus, l'un est mort à 40 ans d'une affection de la poitrine; un seul est encore vivant. Depuis une année, à la suite de chagrins, sa santé s'est altérée, sans indisposition caractérisée. Il y a six semaines, elle a commencé à éprouver un malaise notable, avec diminution d'appétit, bouche amère, constipation, et douleurs rachidiennes de siége mal limité.

A son entrée, elle présente l'état suivant : Grosse, forte, elle a le ventre volumineux. La peau a une coloration jaune très-prononcée; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre. Il n'y a pas de selles depuis trois jours. On sent au-dessous des fausses côtes, à droite, une tumeur douloureuse à la pression, siégeant au bord inférieur du foie, rendu irrégulier par de grosses bosselures. Les urines présentent une coloration vert de vessie très-prononcé. La malade a des varices et des hémorrhoïdes internes, formant des tumeurs saillantes. Sur les cuisses on remarque des ecchymoses anciennes.

Cet état persiste pendant deux semaines, mais la sensibilité à la région hépatique se prononce davantage.

6 avril. Elle se plaint d'étouffements, de palpitations, avec rapports acides. Il n'y a pas de somnolence; le pouls est à 80. L'ictère est plus prononcé.

Le 10. Selles grisâtres, argileuses, moulées, divisées en bouchons, nageant dans un liquide bilieux. Les étouffements débutent par des maux de reins. Le ventre, pendant la défécation, est le siége de douleurs vives. Le même état persiste pendant un mois sans changements notables.

19 mai au soir. Elle éprouve un frisson, avec tremblement et difficulté à se réchauffer ; sueurs abondantes la nuit.

Le 20. Le pouls est à 76. La malade a un second frisson avec sueurs. — 30 centigrammes de sulfate de quinine sont prescrits.

Le 24. Il y a eu hier au soir de la fièvre sans frisson, avec courbature générale; pas d'hémorrhagies; la température est normale. La fièvre revient avec régularité les jours suivants.

Le 30. Nouveau frisson durant une heure, suivi de chaleur, de sueurs; selle de coloration violacée, liquide, de couleur vineuse.

3 juin. Les jambes sont enflées depuis deux jours. Les urines vertes, très-foncées, sont troublées par la chaleur et l'acide nitrique. Examinées au microscope, elles présentent des cellules colorées en jaune par des granulations de pigment biliaire, appartenant au rein et à la vessie, et des tubes hyalins couverts de cellules, le tout coloré par des granulations jaunes.

Les jours suivants, l'état de la malade va s'aggravant : l'ictère devient de plus en plus prononcé; les lèvres, les gencives, la langue, se couvrent d'une exsudation sanguinolente.

La malade meurt le 19 juin.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide louche, contenant des exsudations albumineuses; le foie dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes. Le grand

épiploon ne contient pas de granulations cancéreuses. Le péritoine, à la région lombaire et sur le diaphragme, présente des granulations cancéreuses bien nettes, de la grosseur d'un grain de millet.

Plèvres. — Pas d'épanchement; quelques adhérences complètes, mais peu résistantes, du poumon droit. Le poumon droit ne présente rien de notable.

Dans le poumon gauche, existent des granulations cancéreuses du volume d'un grain de millet à un pois, sur la plèvre ou dans l'intérieur du parenchyme. Ces grains, situés surtout le long des vaisseaux, ont l'apparence gélatiniforme et sont colorés en jaune.

L'examen microscopique montre qu'ils sont formés par des alvéoles pleins, par de petits kystes comme ceux qui seront décrits dans le foie. Ils renferment un grand nombre de cellules mères à noyaux multiples. Les alvéoles du tissu morbide sont un peu plus grands que les alvéoles du poumon lui-même. Les cellules cancéreuses y offrent des granulations colorées en jaune.

Cœur. — Sain, du poids de 140 grammes; petit, flasque; endocarde coloré en jaune intense.

Foie. — Son volume n'est pas considérable; pas d'adhérences ailleurs qu'à la face inférieure, où le pancréas, la vésicule biliaire et quelques ganglions, sont réunis en une masse saillante et dure. La surface du foie, de couleur vert foncé, présente des masses gélatiniformes discrètes, dont les plus grosses sont du volume d'une noisette; sur une coupe, elles sont de coloration jaune, rougeâtre ou verdâtre. Les orifices coupés des canaux biliaires paraissent sous forme de points de couleur vert foncé : les plus gros contiennent une bile muqueuse, filante, épaisse. A l'examen microscopique, les lobules sont d'un vert foncé au centre, gris à la circonférence, avec pigmentation des cellules hépatiques au centre, et dégénérescence graisseuse à la périphérie.

Les masses de tissu colloïde sont toujours situées autour d'une branche des veines sus-hépatiques. Elles montrent, même à l'œil

nu, une structure alvéolaire, et de petits kystes semblables au frai de grenouille.

Enfin, on trouve dans le tissu du foie des noyaux apoplectiformes. La veine porte a ses parois épaissies, dures; elle est perméable.

Vésicule biliaire. — A la surface externe, se voient des saillies larges et plates, formant un léger relief. Les parois sont épaissies. Elle contient une grande quantité de calculs petits, roulés ou à facettes, rouges, nageant dans un liquide muqueux épais. Sur des coupes normales à la muqueuse de la vésicule biliaire, on voit à l'œil nu, dans la partie externe, des grains gélatineux kystiques, contenant un liquide muqueux transparent. L'épaisseur de la paroi vésicale a 3 à 4 millimètres d'épaisseur, et même davantage en certains points.

A un examen par de faibles grossissements, les préparations qui comprennent toute l'épaisseur de la vésicule, montrent les couches extérieures longitudinales et les couches internes perpendiculaires aux premières. Dans les couches moyennes existent des alvéoles pleins de cellules épithéliales. Les alvéoles mesurent en longueur de $0^{mm},08$ à $0^{mm},11$ en moyenne. Les cellules sont assez petites et mesurent de $0^{mm},009$ à $0^{mm},012$. Quelques-unes néanmoins sont plus grandes, vésiculeuses, et mesurent de $0^{mm},018$ à $0^{mm},021$. Toutes sont pourvues de noyaux et de nucléoles : il existe aussi des noyaux libres. Dans les couches externes, les petits kystes, visibles à l'œil nu, ayant en moyenne 1 millimètre de diamètre, sont produits par la dilatation de ces alvéoles. Leur contenu épithélial est en voie de régression granuleuse. Il y a là des cellules assez grandes, arrondies, vésiculeuses. Dans la couche interne de la vésicule, on voit de nombreuses papilles saillantes vascularisées, au milieu d'un liquide riche en cellules. La forme de ces cellules est arrondie presque partout; cependant, en certains points où elles sont pressées, il y en a d'aplaties sur leurs faces. Les noyaux sont relativement

petits. Il y a peu de cellules à deux noyaux. Dans certains kystes, il y avait des intersections indiquant que plusieurs alvéoles primitifs avaient concouru à les former.

Rate grosse, rouge foncé sur une coupe : corpuscules de Malpighi non visibles.

Le pancréas ne paraît pas altéré. L'estomac, l'intestin, la vessie, les organes génitaux ne présentent rien à noter, si ce n'est un épanchement sanguin de 10 à 12 grammes dans la cavité utérine.

Les vaisseaux abdominaux sont libres. La face interne de l'aorte est d'un jaune intense.

Reins assez gros, globuleux, flasques. Après l'ablation de la capsule, on voit que leur surface est déprimée comme par des pertes de substance abruptes qui répondent sur les capsules à de petites masses de graisse jaune. La couleur des reins est jaune verdâtre dans la substance corticale qui est très-large. Sur la coloration jaune, on voit à la surface et sur la coupe des lignes et des points de couleur vert foncé qui sont des tubes urinifères. Au microscope, les tubes contournés sont pleins de cellules pigmentées jaunes, rougissant par l'addition de l'acide nitrique. Un très-grand nombre de tubes sont remplis de grosses granulations graisseuses brillantes. (V. Cornil, *Du cancer et de ses caractères anatomiques*, mémoire couronné par l'Académie de médecine, 12 décembre 1865.)

Le cancroïde ou *epithelioma* à cellules cylindriques, dont il existe trois faits observés, l'un par M. Wagner et les deux autres par M. V. Cornil, est caractérisé par des tubes ou excavations perpendiculaires à la surface de la muqueuse et tapissées par une épithélium cylindrique.

La surface de la néoformation est également villeuse ou papillaire. Comme la cancroïde à cellules cylindriques a, comme on le sait, une grande tendance à subir la dégénérescence colloïde, il serait fort possible que plusieurs des observations données autre-

fois comme des carcinomes colloïdes appartinssent à cette variété. C'est là une hypothèse que nous pouvons faire *à priori* afin que les observateurs puissent être prévenus de la possibilité de cette erreur et de l'éviter.

OBSERVATION II.

Epithélioma à cellules cylindriques et en dégénérescence colloïde de la vésicule biliaire. Propagation aux ganglions lymphatiques, au foie et aux poumons. — Calculs biliaires.

Le nommé S.... (François), âgé de 56 ans, tourneur en cuivre, entre, le 3 décembre 1869, au n° 12 de la salle Saint-Paul, à la Pitié, service de M. Lasègue, remplacé par M. Ball d'abord, puis par M. Cornil.

Le 14 août 1869, après avoir eu pendant quelques jours des maux de tête assez violents, S..... eut une attaque d'hémorrhagie cérébrale. En sortant de souper il tomba sans connaissance, et, lorsqu'il revint à lui au bout de quelques minutes, il s'aperçut qu'il était complétement paralysé du côté gauche et qu'il avait perdu l'usage de la parole. Jamais il n'avait eu d'autre maladie que des hémorrhoïdes.

Après huit jours de repos au lit et sans traitement, ses forces étaient assez revenues pour qu'il pût se lever et retourner chez son patron, fabricant d'appareils électriques. Il se fit électriser. Un mois après son attaque, il n'avait plus qu'un peu de faiblesse dans le côté gauche.

A partir du 20 septembre, il commença à perdre l'appétit et les forces, pendant qu'une teinte ictérique envahissait graduellement la surface cutanée. Vers le milieu d'octobre il entra à l'hôpital, ne présentant d'autre phénomène que l'ictère.

Le foie était volumineux, mais sans bosselures. Il n'y avait pas

de vomissements, mais seulement un dégoût profond pour les aliments. Des douleurs vives et constantes s'irradiaient de l'épigastre dans tout l'abdomen. Les urines très-colorées tachaient le linge en jaune. Il y avait un état fébrile continu, ainsi que des transpirations très-abondantes. Pas d'ascite ni d'œdème des extrémités. Le ventre était plutôt rétracté. Pas de céphalalgie. Le 25 novembre, après trois semaines de traitement, il sortit sur sa demande, sans amélioration notable, et treize jours après, le 8 décembre, il rentrait à l'hôpital dans le même état. Depuis, les phénomènes n'ont fait qu'augmenter. L'ictère, après des oscillations nombreuses, est arrivé à une couleur jaune verdâtre très-foncée. Les douleurs abdominales sont très-vives ; il y a un amaigrissement énorme, une inappétence complète.

Vers la fin de décembre, il y eut une expectoration sanguinolente après des quintes de toux et des douleurs dans la poitrine. On trouva du sang dans les selles. Les douleurs de reins, qui duraient depuis quelque temps, devinrent plus fortes à partir du 15 janvier 1870. Le malade arriva à un tel point de faiblesse, qu'il fut obligé de rester constamment couché, n'ayant pas même la force de rester assis sur son séant.

31 janvier. On n'entend pas la respiration à droite ; matité relative. Depuis trois jours il y a expectation de gros crachats formés d'un sang noirâtre.

Le foie est très-volumineux et douloureux à la pression. Il déborde de plusieurs travers de doigt les fausses côtes, et l'on sent une tumeur au bord libre du foie au niveau de la vésicule biliaire. La cavité péritonéale contient une notable quantité de liquide.

5 février. Diarrhée sanguinolente. Le malade crache toujours du sang. Amaigrissement porté à sa dernière limite. L'ictère est devenu couleur olivâtre.

Le 14. A la visite du matin le malade est agonisant, il pousse des des cris temps en temps.

Mort le soir à huit heures.

Le 16. *Autopsie.* Le cadavre présente une teinte ictérique très-prononcée. Sur le ventre, on voit de petites taches ecchymotiques.

On trouve dans les poumons des masses dures, qui, à la section, sont d'une couleur brune, presque noire. Ces petits infarctus ou noyaux d'apoplexie pulmonaire siégent à la partie inférieure du poumon gauche. A ce niveau la plèvre présente des exsudations fibrineuses.

Dans les lobes supérieurs, on voit des granulations et des petits îlots colloïdes teints par la matière colorante de la bile. Le lobe inférieur du poumon droit est dans un état complet d'atélectasie. Au bord même de ce lobe on trouve une masse jaunâtre sur une face de section, offrant à peu près la même teinte que les infarctus de la rate. Tout ce lobe inférieur est complétement privé d'air et gorgé de sang, à l'exception du point ci-dessus mentionné où par le raclage on obtient un liquide rosé et opaque.

Dans la plèvre droite, épanchement séro-fibrineux et fausses membranes.

Tous les tissus fibreux, toutes les membranes séreuses, même les parois internes des vaisseaux sont colorés en jaune.

Le cœur est flasque, ses cavités gauches contiennent un caillot mou, gélatiniforme, jaunâtre. L'aorte est insuffisante. Les valvules aortiques sont très-dures, surtout l'une d'elles; au-dessus, dans l'aorte, il y a un point induré, calcaire, à surface inégale.

La valvule mitrale est également très-épaisse et insuffisante; rien du côté du cœur droit.

La vésicule biliaire est très-grosse et pleine; il faut exercer sur elle une assez forte pression pour faire sortir, par l'ampoule de Vater, un peu de bile muqueuse et verdâtre. La vésicule mesure 17 centimètres de longueur, elle renferme huit calculs.

Ses parois son épaisses et constituées par un tissu gélatiniforme. Une bride existe au milieu de la grande poche et la divise en deux

parties, dont l'une répond à la vésicule et l'autre au col distendu de cette cavité.

La muqueuse est fongueuse, mamelonnée, vascularisée. Du côté du péritoine la vésicule est saine; du côté du foie on trouve à sa surface des îlots du tissu colloïde déprimés, qu'on retrouve du reste dans toute la glande hépatique. Ces nodosités sont jaunâtres et dures à la coupe, et il en sort un liquide un peu louche, peu abondant. Il n'y a pas de grosses masses colloïdes dans le foie, les plus volumineuses atteignent la grosseur d'une noisette : elles sont dures, jaunâtres, imprégnées de bile. Au-dessous de la vésicule, le canal qui unit les canaux hépatiques avec le canal cholédoque présente un rétrécissement notable avec épaississement de ses parois.

Derrière ce point rétréci, ces canaux hépatiques sont très-dilatés, et dans toute la portion correspondante du foie on observe une teinte verte, uniforme. A ce niveau, l'orifice où passe la veine porte est induré. Rien à l'estomac.

Les ganglions lymphatiques sont dégénérés et gros au niveau de la tête du pancréas. Le canal cholédoque est volumineux, mais non altéré. Cependant il passe à travers les ganglions précités. La chaîne des ganglions lymphatiques, qui entourent l'aorte, est indurée et environnée de tissu conjonctif induré aussi. Ce tissu nouveau et celui des ganglions lymphatiques montre sur une surface de section des îlots jaunâtres infiltrés de suc laiteux et des îlots gélatiniformes présentant à l'œil nu une apparence aréolaire.

Rate volumineuse, infiltration biliaire du rein, cerveau sain, rien dans les intestins.

Examen microscopique. Après avoir fait durcir une portion de la vésicule biliaire dans l'alcool, les sections minces pratiquées perpendiculairement à la surface de la muqueuse, montrent les particularités suivantes : La surface de la muqueuse est hérissée de gros bourgeons tapissés par des cellules d'épithélium cylindrique et très-vascularisés. La structure de ces bourgeons présente à considérer

des alvéoles, les uns petits, les autres plus volumineux, communiquant entre eux, presque tous régulièrement sphériques et remplis par des cellules sphériques, distendues, vésiculeuses ou contenant plusieurs noyaux. Un tissu conjonctif sépare ces alvéoles. Plus profondément on trouve des cavités plus ou moins régulières contenant soit les mêmes cellules colloïdes, soit des cellules cylindriques disposées très-régulièrement et implantées perpendiculairement à la surface de la paroi des cavités. Cette couche de bourgeons superficiels et de tissu conjonctif sous-muqueux forment la plus grande épaisseur de la paroi de la vésicule altérée. Au-dessus on trouve les couches musculaires et sous-péritonéales dont le tissu conjonctif est riche en éléments embryonnaires.

La même lésion se rencontre dans les parois épaisses des canaux biliaires sus-mentionnés. Il est par conséquent évident qu'on a affaire ici à une tumeur en nappe de la vésicule biliaire, tumeur qui aboutit à la variété colloïde. On croirait avoir affaire à un carcinome colloïde, si certains alvéoles, en montrant dans leur intérieur une couche de cellules cylindriques, implantées perpendiculairement à la paroi, ne nous faisaient pas penser de préférence qu'il s'agit d'un épithélioma à cellules cylindriques ayant subi la dégénérescence colloïde.

Dans les masses de nouvelle formation des ganglions lymphatiques du foie et du poumon, on retrouve la structure des tumeurs colloïdes. Dans le poumon, les cellules vésiculeuses siégent certainement dans les alvéoles pulmonaires préexistants.

OBSERVATION III.

Cancer colloïde des voies biliaires ayant débuté par la vésicule, produit une altération de même nature des ganglions pancréatiques, une rétention de la bile et des kystes biliaires, avec inflammation catarrhale de ses conduits.

Bl..., 66 ans, femme de ménage, est entrée, le 18 octobre 1869, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Besnier. Elle a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au mois de septembre dernier. Réglée pour la première fois à 13 ans, elle l'a toujours été d'une façon régulière jusqu'à 50 ans. Elle a eu quatre enfants : aucun antécédent héréditaire important à noter.

Il y a deux mois, la malade quitta la province qu'elle avait toujours habitée pour venir à Paris. Le lendemain même de son arrivée dans cette ville, elle éprouva pour la première fois des douleurs dans le ventre, et quelques jours après elle s'aperçut qu'elle portait une tumeur dans l'hypochondre droit, tumeur douloureuse à la pression. Il y a un mois, survint un ictère intense : la malade perdit peu à peu l'appétit et s'affaiblit progressivement : aujourd'hui, elle est obligée de venir demander des soins à l'hôpital.

État au moment de l'entrée. La malade est considérablement amaigrie et présente sur toute la surface du corps une teinte jaune très-intense. Elle accuse de l'inappétence, des hoquets, des renvois assez fréquents ; — elle n'a pas de vomissements et n'a eu que quelques nausées au début de la maladie. Elle a la bouche sèche, pâteuse : elle va difficilement à la garde-robe, et elle a remarqué que ses selles sont décolorées, grisâtres. Les urines renferment une grande quantité de matière colorante de la bile, sensible à la vue, mais décelée d'une manière plus manifeste par l'acide nitrique. Bl... se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs fatigantes, non parce qu'elles sont vives, mais à cause de leur ténacité, de leur persistance. Elle éprouve continuellement

dans cette partie un sentiment de tension et de pesanteur ; elle a une sensation de plénitude dans le ventre. En examinant l'abdomen, on le trouve déformé : la déformation porte surtout vers l'hypochondre droit. Là, on trouve une tumeur saillante, sans aspérités à sa surface et douloureuse à la pression. En percutant sur le trajet d'une ligne verticale passant par le mamelon, on trouve de la matité dans une étendue de 24 centimètres, à partir d'un point situé à 1 centimètre au-dessous du mamelon, jusqu'à un autre placé à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. En bas, la matité ne s'étend pas à gauche jusqu'à la ligne blanche. Par la percussion, à droite, au niveau de l'ombilic, on limite une tumeur arrondie, ou plutôt ovoïde. Cette tumeur est douloureuse à la pression : il semble qu'on y perçoit de la fluctuation ; son point culminant au-dessous de l'ombilic, un peu en dehors de la ligne du mamelon. La percussion pratiquée sur la région splénique ne donne qu'une matité très-limitée.

La malade a de la fièvre ; son pouls bat 84 fois par minute ; sa température axillaire est de 38°,2.

Traitement. Tisane de chiendent ; eau de Vichy ; cataplasmes laudanisés sur le ventre ; 1 pilule d'extrait thébaïque de 2 centigr. pour la nuit.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade meurt d'épuisement, sans avoir présenté aucun symptôme nerveux ou péritonéal.

Autopsie trente-six heures après la mort. Rien de particulier du côté des *organes thoraciques;* légère quantité de liquide dans le ventre. On retire de la cavité péritonéale une masse volumineuse, comprenant le foie, le pancréas, le duodénum et une masse ganglionnaire énorme.

En examinant ces organes avec soin, on trouve le foie volumineux ; son lobe gauche est peu développé, mais le droit présente des dimensions exagérées. A la surface convexe, rien de particulier,

si ce n'est une coloration verdâtre généralisée, mais manifeste surtout en certains points. Sur la face concave, on voit le hile du foie caché par une masse ganglionnaire considérable. La *vésicule biliaire*, fortement distendue, atteint le volume du poing d'un adulte et dépasse de beaucoup le bord antérieur du foie. Elle est rigide ; ses parois sont considérablement épaissies, d'un blanc jaunâtre. A sa surface, on remarque des nodosités de même couleur. En incisant ce réservoir, on constate qu'il est rempli d'une matière muqueuse filante, jaunâtre, de couleur gelée de pomme par places, et, en certains points, d'apparence puriforme. Au milieu de cette matière nage un *calcul* ovoïde, grisâtre, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Après l'avoir enlevée, on voit une sorte de *végétation en plaque* très-adhérente à la face interne de la vésicule : cette végétation est située près de l'orifice du canal cystique, un peu à droite. Là, on trouve un tissu velouté, d'un blanc jaunâtre, et offrant de petits nodules, ayant l'aspect de la gelée de pomme, disséminés au milieu du tissu jaune.

En disséquant le canal cystique, on arrive jusque dans les *canaux hépatiques*, qui sont dilatés, contiennent dans leur intérieur la même matière que celle trouvée dans la vésicule ; sur la membrane muqueuse siégent de petits nodules grisâtres, demi-transparents et intimement unis à la membrane interne de ce conduit. A sa face externe, il existe de petits nodules semblables. En faisant une coupe du foie, on distingue, sur le trajet des voies biliaires, de ces petites masses d'un gris jaune, demi-transparentes et siégeant sur la tunique externe de ces conduits. Ainsi donc, ces petits tubercules sont situés et à la face externe et à la face interne de ces canaux : l'éruption a lieu jusque dans leurs dernières ramifications.

En même temps, on constate dans leurs extrémités des *dilatations kystiques*, en forme de petits foyers d'un vert jaunâtre, variant de volume.

Le *canal cholédoque* présente le même aspect et la même altéra-

tion que les conduits hépatiques. Dans son intérieur l'on trouve de petits nodus, jaunâtres, saillants à la surface de la muqueuse et pouvant obstruer en certains endroits la lumière du canal.

Examen histologique fait par M. Quinquaud. 1° Dans les nodules, on voit les alvéoles les uns à moitié détruits, les autres intacts, dans l'intérieur desquels sont placées des cellules sphériques d'un volume variable, présentant des noyaux sans granulations, des noyaux libres, de nombreuses granulations graisseuses, des faisceaux de tissu conjonctif, des traînées de forme et de dimension variables. constituées par de petites vésicules graisseuses pressées les unes contre les autres et parfois ressemblant à de gros corps granuleux : en un mot, on y voit tous les éléments d'une transformation colloïde. Sur certains points, on constate encore de grandes cellules d'un seul gros noyau. Un assez grand nombre de ces éléments sont colorés par la bile et nagent dans un liquide que contiennent les alvéoles.

La matière que l'on retire de la vésicule offre à peu près les mêmes éléments, bien que la métamorphose y soit plus avancée; tout se réduit ici à des vésicules graisseuses, libres ou réunies en amas et d'une matière naissante. Par l'acide acétique, on détermine l'apparition de fibrilles de mucine, qui unit entre eux les quelques éléments qui restent, noyaux ou cellules en voie de métamorphose muqueuse.

Les petits *kystes biliaires* sont entourés d'une membrane de tissu connectif : ce n'est autre chose que celle du conduit biliaire.

La matière verdâtre qu'il renferme est constituée par un abondant pigment de la bile, par des granulations graisseuses, des éléments d'épithélium cylindrique, par de véritables leucocytes.

Les *cellules hépatiques* sont remplies de pigment, un peu graisseuses, mais on voit bien leur noyau : elles sont assez transparentes : sur un assez grand nombre, le pigment est réuni au centre.

Le pancréas est sain. On ne trouve nulle part ailleurs d'éléments cancéreux. (Vinard, interne des hôpitaux, *Mouvement médical*, n° du 20 mars 1870).

SYMPTÔMES.

Il serait impossible et d'ailleurs inutile de chercher à établir des signes distinctifs entre les diverses variétés de cancer. La lésion se présente avec des caractères uniformes, et les auteurs n'ont pas signalé de symptômes plus spéciaux pour l'encéphaloïde que pour le squirrhe, pour le colloïde que pour l'épithélioma.

Début. — Le début est latent presque toujours, et toutes les fois qu'on a pu connaître les antécédents des malades, on a vu qu'ils se plaignaient les uns depuis neuf à dix mois, d'autres depuis un an à quinze mois. (Icery, Durand-Fardel.) Dans divers cas les malades avaient eu une bonne santé une fois jusqu'à quatre mois avant la mort, une autre fois jusqu'à un mois et demi, et enfin, dans une dernière observation, quinze jours avant de mourir, le malade était bien portant (E. Wagner).

Dans les cas ordinaires, les malades s'étaient plaints, à une époque éloignée, de douleurs vagues dans le ventre, d'une sensation de gêne, de pesanteur dans l'hypochondre droit. Quelques-uns éprouvaient des alternatives de diarrhée et de constipation. Un seul avait eu des vomissements neuf ou dix mois avant sa dernière maladie. Enfin dans le cas observé par Markham, l'affection débuta franchement par des vomissements sanguinolents et des digestions douloureuses.

Dans la plupart des cas l'appétit a diminué peu à peu, une seule fois il a toujours été bon (Lacaze-Duthiers). Très-souvent les malades étaient devenus tristes et avaient beaucoup perdu de leur embonpoint.

Enfin, quelques frissons dans les membres, des douleurs rachi-

diennes de siége mal limité, des lassitudes spontanées se sont montrés dans un trop petit nombre de cas pour qu'on en puisse faire des symptômes caractérisant le début.

Dans trois observations on a signalé l'apparition de l'ictère, un mois avant les symptômes confirmés.

Mahieux dit qu'il existait depuis deux mois.

Le même auteur a signalé un cas unique de colique hépatique.

En résumé, des douleurs vagues dans le ventre, de la gène dans l'hypochondre droit, des alternatives de dévoiement ou de constipation, quelquefois des vomissements ouvrent la scène. Puis surviennent quelquefois la diminution de l'appétit, de l'amaigrissement, des frissons, de la tristesse, de l'ictère, etc.

Symptômes. — 1° *Troubles fonctionnels.* — L'appétit est diminué le plus souvent. Dans quinze cas que nous avons analysés, la diminution de l'appétit a été constatée neuf fois pendant le cours de la maladie. Trois fois il y a eu anorexie complète accompagnée une fois d'un dégoût profond pour les aliments et de nausées continuelles (Icery). Deux fois seulement l'appétit a été toujours bon.

Dans les autres cas, il n'en est pas question.

Les malades atteints d'anorexie se plaignaient d'avoir la bouche amère ou d'avoir des rapports acides.

Quelques-uns avaient la langue blanchâtre, sèche, couverte d'un enduit saburral, la soif n'a jamais été vive.

Les vomissements n'ont été signalés que six fois. Quatre fois ils ont été sanguinolents, et deux fois on les a trouvés bilieux ou pituiteux. Ce peu de fréquence des vomissements nous sera très-utile dans le diagnostic différentiel.

Les *douleurs dans l'hypochondre droit* s'irradiant à l'épigastre sont un des symptômes les plus fréquents et les plus remarquables de la maladie : mais on ne saurait les regarder comme un signe constant, car sur quatorze cas où l'exploration a été faite avec soin,

deux fois elles ont manqué complétement. (Durand-Fardel, Lacaze-Duthiers.)

Ces douleurs sont spontanées, permanentes dans la plupart des cas, tantôt vagues, tantôt vives et lancinantes. Elles sont toujours exaspérées par la pression. On les a vues redoubler une fois, un quart d'heure après les repas (Markham), et une autre fois pendant les efforts de la défécation (V. Cornil).

C'est principalement au niveau de la tumeur, que ces douleurs ont leur point de départ, alors même qu'elles vont s'irradier au loin.

Dans le plus grand nombre des cas, ces douleurs se manifestent dès le début. Elles ne deviennent bien intenses que lorsque la maladie a duré plusieurs mois, et elles persistent jusqu'à la mort. Sont-elles produites par le développement du cancer, ou par les péritonites partielles qui se développent si souvent au niveau des tumeurs cancéreuses? Nous ne pouvons l'affirmer d'une façon absolue.

Dans le cas unique où le côlon présentait une ulcération large de 3 pouces en tous sens, communiquant avec le fond de la vésicule, on observa, à part une tuméfaction très-sensible des parois abdominales, des douleurs très-intenses (Durand-Fardel).

2° *Tumeur.* — Dans presque tous les cas, on peut constater, à l'aide de la palpation, l'existence d'une tumeur qui est un des caractères les plus importants de la maladie.

Dans quinze cas où on a recherché avec soin son existence, onze fois la présence d'une tumeur a été bien constatée. Une fois on sentait un gonflement très-dur au niveau de l'extrémité pylorique de l'estomac (Markham). Elle n'est pas mentionnée dans notre observation, ni dans les deux autres. Son *siége*, qui a subi quelquefois des variations, se trouve le plus souvent au niveau du bord inférieur du foie, dans la région de la vésicule. Pour la trouver, à la palpation,

on devra déprimer la paroi abdominale avec la pulpe des doigts, sur le bord externe du muscle droit, et au niveau de la dixième fausse côte du côté droit. Mais quand elle est située dans la profondeur de l'hypochondre droit, il est presque impossible de la circonscrire. On l'a vue s'étendre jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic (obs. 3). Et même une seule fois elle s'étendait de la sixième côte jusqu'à la crête iliaque (Icery). Enfin dans le cas cité par Rippoll, elle occupait toute la région cæcale et jouissait d'une grande mobilité.

Son *volume* est assez variable; tantôt il ne dépasse pas celui d'un œuf de poule, tantôt il égale le volume du poing d'un adulte (Prompt). Sa *surface* est lisse, sans aspérités : elle a été bosselée dans trois cas seulement. Une fois elle a donné, sous la palpation, une sensation de fluctuation, mais dans trois cas on l'a trouvée ferme et dure. Immobile le plus souvent, elle semble être implantée sur le foie et lui adhérer fortement. Mais deux fois on a senti qu'elle était mobile sous la paroi abdominale.

Dans cinq cas seulement le foie volumineux descendait au-dessous des fausses côtes. Il débordait une fois de trois travers de doigt. Son bord antérieur a présenté des bosselures deux fois seulement.

L'ictère a été observé treize fois sur quinze cas.

Les conjonctives, les lèvres, la peau de la face, du cou, de la poitrine, du ventre et des membres étaient colorées en jaune. La teinte, d'un jaune foncé au début, devenait ensuite verdâtre; on a vu une fois les lèvres, les gencives, la langue se couvrir d'une exsudation sanguino lene.

Les urines étaient verdâtres, se troublaient par la chaleur et l'acide nitrique et présentaient des flocons d'albumine. Examinées au microscope, elles ont présenté des cellules colorées en jaune par des granulations de pigment biliaire, appartenant au rein et à la vessie, et des tubes hyalins couverts de cellules, le tout coloré par des granulations jaunes.

Le ventre est souvent déformé; et la déformation se remarque surtout dans l'hypochondre droit. Il y a eu cinq fois du ballonnement, avec des flatuosités intestinales et quelques coliques. On l'a trouvé aplati une seule fois (Durand-Fardel). On n'a observé qu'un seul cas bien accusé de péritonite (Wagner).

En percutant sur le trajet d'une ligne verticale passant par le mamelon, on trouve ordinairement de la matité jusqu'à quelques centimètres au-dessous d'une ligne qui passerait par l'ombilic. Cette matité peut même s'étendre jusqu'au pubis, mais sans jamais dépasser la ligne blanche. Dans ce dernier cas, tout le côté gauche de l'abdomen rendait un son tympanique. Lorsqu'on percute à droite au niveau de l'ombilic, on peut limiter une tumeur globuleuse, arrondie ou ovoïde.

L'*ascite* a été rarement mentionnée par les observateurs. C'est à peine s'il en est question dans deux observations, et encore, il est dit dans une, qu'il n'y avait pas de signe d'ascite appréciable, et dans l'autre qu'on ne pouvait percevoir la sensation du flot.

Cependant nous voyons qu'à l'autopsie, on trouva six fois dans la cavité péritonéale une assez grande quantité de liquide séreux ou sanguinolent, avec îlots fibrineux et quelques exsudations. D'après ces faits, nous croyons pouvoir conclure que l'ascite est plus fréquente qu'on ne l'a indiqué, et qu'elle peut être précédée d'une péritonite. Elle deviendrait presque une règle si l'altération atteignait les parois de la veine porte, comme l'a signalé M. V. Cornil.

On n'a observé que deux fois de l'œdème des jambes, et une fois de la bouffissure des mains.

Les selles doivent être examinées avec soin. Pendant tout le cours de la maladie, elles sont habituellement rares, et il y a eu 4 fois une constipation opiniâtre. 2 fois vers la fin de la maladie il est survenu un dévoiement continuel, très-abondant, et même les garde-robes étaient involontaires. L'opiniâtreté de ces signes devra faire prévoir une communication de la tumeur avec le côlon (Durand-

Fardel). 3 fois les matières ont été décolorées, grisâtres, argileuses. 1 fois elles étaient moulées en bouchons, nageant au milieu d'un liquide bilieux (Cornil). 3 fois seulement il y a eu du sang dans les selles.

La fièvre s'est allumée vers le dernier mois ou la dernière quinzaine. Le pouls n'est jamais allé au delà de 84 pulsations.

Des troubles de la respiration surviennent quelquefois dans la dernière période de la maladie.

On observe une dyspnée assez forte et de la toux.

Ces désordres, assez rares d'ailleurs, ont toujours coïncidé avec une lésion cancéreuse ou tuberculeuse du poumon. On n'a jamais noté d'œdème pulmonaire. 1 fois le malade est mort d'une pleurésie.

Aspect extérieur. — Dans presque tous les cas on a observé les caractères de la cachexie cancéreuse. Ces malades présentaient un teint jaune pâle, terreux, un amaigrissement énorme. Ils étaient languissants, tristes, plongés dans une prostration complète. 2 fois seulement les malades avaient conservé leur embonpoint (Wagner, Cornil).

L'intelligence est restée nette jusqu'à la fin, dans le plus grand nombre des cas. Le délire n'a été observé que 3 fois. Tous les autres malades sont morts dans le dernier degré du marasme.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Le cancer de la vésicule biliaire marche lentement, mais il ne cesse pas de faire des progrès. Il arrive, au bout d'un temps très-variable, un moment où ces progrès, très-lents d'abord, deviennent très-rapides, surtout lorsque la dégénérescence cancéreuse a envahi les organes voisins.

La *durée* est généralement longue. Elle est comprise entre quinze

mois et quinze jours. La première limite est certainement la plus probable, et celle qui doit se rapprocher le plus de la vérité. Dans 5 observations, on peut certainement admettre que l'affection a duré au moins un an. Puis la durée a varié entre quatre et cinq mois; 2 fois on n'a pu la faire remonter au delà de deux mois. Enfin, dans un seul cas observé par E. Wagner, le malade s'était toujours bien porté et n'a été malade que quinze jours.

La *terminaison* est constamment mortelle. La mort semble avoir été plus rapide lorsque l'épiploon, le feuillet viscéral du péritoine, étaient infiltrés par de la matière cancéreuse qui avait déterminé une péritonite mortelle. On a observé aussi des hémorrhagies intestinales plus fréquentes, de l'hématémèse, des extravasations sanguines multiples, de l'hydrothorax et des pneumonies secondaires; de plus, les malades, vers la fin, ne peuvent garder aucun aliment, quelquefois même la moindre gorgée de tisane, et ils tombent dans une inanition complète qui achève de les précipiter au tombeau.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic est très-difficile et très-obscur. C'est à peine si nous possédons quelques éléments qui peuvent servir à le fonder, selon bien des probabilités, jamais d'une façon absolue. Pour que ces difficultés soient mieux comprises, nous avons cru nécessaire de citer le passage suivant : « Comment démêler, à l'aide de symptômes à peu près identiques dans tous les cas, des lésions anatomiques variées, et comment, par exemple, pouvoir reconnaître, pendant la vie, ces cas complexes que nous avons observés plusieurs fois, dans lesquels un cancer hépatique englobe à la fois le canal cholédoque, la vésicule, les canaux hépatique et cystique, la veine porte, le duodénum, etc.?

Assurément, si le cancer forme une tumeur, on pourra parfois, par exclusion, arriver à soupçonner un cancer de la vésicule bi-

liaire; mais combien de fois cette tumeur, si elle est lisse et plus ou moins fluctuante, fera-t-elle croire à tort qu'il s'agit d'une simple tumeur biliaire, et si au contraire, elle est dure et bosselée, fera-t-elle diagnostiquer un cancer abdominal autre qu'un cancer de la vésicule du fiel. (Barth et Besnier) (1).

S'il existe depuis longtemps dans l'hypochondre droit une gêne ou une douleur tenace plus ou moins vive, si le foie est normal ou a légèrement augmenté de volume sans déformation appréciable, si l'on constate en même temps une tumeur en général dure et immobile dans la région de la vésicule, s'il y a de plus de l'amaigrissement, de l'ictère, et de la cachexie cancéreuse, on devra considérer comme très-probable l'existence d'un cancer limité à la vésicule. Mais que de fois le médecin sera embarrassé, au lit du malade, et là il pourra souvent hésiter entre les maladies suivantes.

1° *Cancer du foie.* — Souvent on observe, dans les cancers du foie, qui se développent d'une manière latente, une tumeur formée par la vésicule au lieu d'élection. M. Durand-Fardel en a cité deux exemples où la confusion était à peu près inévitable. Il existait au-dessous du rebord des fausses côtes droites, une tumeur dure, non bosselée, à peu près du volume et de la forme d'un œuf de poule, facile à circonscrire surtout en bas, mais nullement mobile et fort peu douloureuse à la pression. Le foie ne semblait pas augmenté de volume. Dans des cas semblables, nous ne pourrions invoquer, pour nous tirer d'embarras, que la douleur qui ordinairement est vive dans les cancers de la vésicule, mais encore a-t-on observé deux exceptions. Cependant comme le cancer du foie est rarement primitif et qu'il existe presque toujours une affection de l'estomac de même nature, le diagnostic sera moins difficile.

---

(1) Dictionnaire encyclopédique, art. Voies biliaires, p. 339.

Dans le cancer du foie, des masses cancéreuses sont, presque toujours, disséminées sur la surface du foie et l'on sent des tumeurs, plus ou moins dures, quelquefois douloureuses et quelquefois bosselées. Dans le cancer de la vésicule biliaire, la surface du foie est unie presque toujours ; la tumeur unique est presque toujours lisse et très-douloureuse. Ici l'ictère est fréquent, là il est rare. Dans le cancer du foie, les malades sont principalement des hommes, vieux buveurs; tandis que dans le cancer de la vésicule biliaire, d'après les observations que nous avons analysées, les malades ont été le plus souvent des vieilles femmes. Toutes les fois qu'on constatera une tumeur à l'épigastre et des vomissements de marc de café, la question deviendra bien plus facile à résoudre.

2° *Kystes hydatiques.* Les douleurs sont pendant longtemps sourdes, obscures, profondes; l'ictère se développe rarement, et quelque temps après l'invasion des douleurs, il apparaît dans la région du foie, une tumeur dure, élastique, arrondie ou aplatie, indolente ou peu sensible à la pression, avec fluctuation plus ou moins manifeste. Si l'on constate tous ces signes on ne songera guère à un cancer de la vésicule biliaire.

3° *Cirrhose.* — Dans la cirrhose l'ascite est considérable, l'ictère très-rare; dans le cancer de la vésicule, l'ascite est beaucoup moins étendue, l'ictère très-fréquent; dans la cirrhose on ne sent pas de tumeur au-dessous des fausses côtes, la douleur est en général faible et sourde. On constate sur l'abdomen des veines dilatées et sinueuses. Les urines sont rouges ou brunes et contiennent souvent de l'albumine. Enfin l'amaigrissement extrême et la couleur terreuse de la peau ne s'observent pas dans cette affection.

4° *Hépatite syphilitique.* — Des douleurs sourdes, peu vives et passagères, qui tantôt sont circonscrites et tantôt occupent toute

la région du foie, le défaut fréquent de l'ictère, la présence de sillons et de déformations de l'organe, et enfin, les antécédents du malade, la présence des manifestations cutanées ou osseuses de la période tertiaire, donneront dans les cas douteux, une grande probabilité à l'hypothèse d'une origine syphilitique. — « L'irrégularité de la forme du foie, l'albuminurie et la cachexie, composent une triade symptomatique qui nous a souvent permis de poser sûrement le diagnostic de la syphilis hépatique, en l'absence de toute manifestation extérieure» (Lancereaux) (1).

5° *Abcès du foie.* — Ici, nous laisserons parler J.-L. Petit (2) : « La tumeur de l'abcès diffère de la tumeur biliaire, en ce qu'elle n'est point circonscrite : elle paraît comprise dans l'enceinte des parois voisines, et, pour ainsi dire, confondue dans les téguments qui, pour l'ordinaire sont œdémateux, au lieu que la tumeur faite par le gonflement de la vésicule du fiel est exactement distincte et sans confusion, parce qu'il est rare qu'elle soit accompagnée d'œdème. » Ce diagnostic entre les abcès du foie et les tumeurs de la vésicule formées par une rétention biliaire, peut s'appliquer aux tumeurs cancéreuses de la vésicule. — Si nous y ajoutons la différence des signes généraux, la fièvre, les frissons, l'absence de cachexie, on confondra difficilement un abcès du foie avec un cancer de la vésicule.

6° *Inflammation et suppuration de la vésicule biliaire.* — L'inflammation de la vésicule biliaire se manifeste ordinairement par un sentiment de pression et par un gonflement douloureux de l'organe. On trouve sur le bord du foie une tumeur mobile pyriforme, sen-

---

(1) Traité de la syphilis, 1866.

(2) J.-L. Petit, *in* Mém. de l'Acad. roy. de chirurg., 1733.

sible au toucher; mais cette tumeur n'existe que si l'inflammation du conduit cystique a interrompu la communication avec le reste des voies biliaires (Frerichs) (1). — Souvent une douleur très-vive, ayant son siége immédiatement au-dessous des fausses côtes et derrière le muscle droit, se fait sentir plus ou moins brusquement.

7° *Ulcérations à marche lente de la vésicule biliaire.* — Ces cas, heureusement assez rares, seront des plus embarrassants. Il existe une douleur vive au niveau du rebord des fausses côtes droites, augmentée par la pression. L'ictère est fréquent et intense. Les urines sont verdâtres. Il y a de l'empâtement et quelquefois une tumeur circonscrite (Jenner) dans la région de l'hypochondre droit. Lorsque ces accidents sont produits par des calculs, il y a des accès de fièvre qui ont une certaine analogie avec ceux des fièvres intermittentes (Monneret). On voit les malades dépérir et tomber dans une cachexie profonde, ou succomber très-rapidement à une péritonite mortelle. Dans ces cas difficiles, on dirigera son attention sur la douleur et ses paroxysmes, qui feront présumer presque à coup sûr des calculs dans la vésicule. Enfin, on devra examiner avec soin l'empâtement douloureux, l'absence fréquente d'une tumeur circonscrite, la marche rapide des phénomènes alarmants, et presque toujours des signes certains de péritonite qui éclatent brusquement. Malgré toutes ces indications, un médecin qui observerait un cas pareil pour la première fois devrait réserver son diagnostic, tout en prévoyant la gravité des phénomènes qui se dérouleraient sous ses yeux. Pour compléter notre démonstration, nous avons cru utile de publier l'observation suivante prise par M. V. Cornil :

---

(1) Frerichs, Traité des maladies du foie.

OBSERVATION IV.

Ulcération de la vésicule biliaire et péritonite circonscrite à leur niveau.

Le nommé L..... (François), employé aux fourneaux, âgé de 70 ans, entre, le 12 janvier 1864, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Hérard.

Cet homme dit qu'il a éprouvé, il y a un an, de la douleur dans les bras et les reins. Il y a trois mois, il a ressenti de la faiblesse dans les jambes, sans aucun signe de paralysie. Il a commencé à tousser à peu près vers la même époque. Ses jambes ont été enflées pour la première fois, il y a cinq semaines, au moment où il sortait d'un bain. L'œdème de la face a débuté il y a quinze jours. Avant cette dernière maladie, il n'a jamais eu de rhume, ni d'essoufflement. Il n'a jamais vomi.

Etat au moment de l'entrée. — Face pâle, bouffie. Il y a un œdème tremblotant des joues et des paupières. On ne trouve pas de matité à la région précordiale. Les bruits du cœur sont sourds et ont conservé leur timbre normal. Le pouls est lent, mais assez fort. Le malade a des quintes de toux continuelles. La sonorité de la poitrine est exagérée partout, sauf à la base des deux poumons où la respiration est un peu obscure. Il y a un œdème des deux membres inférieurs. Il y a une ascite plus prononcée à la région droite et inférieure de l'abdomen. On ne trouve pas d'albumine dans les urines.

Le lendemain de son entrée, le malade est pris d'un ictère généralisé. Les conjonctives sont devenues jaunes, ainsi que les pommettes, les lèvres et les ailes du nez. Cette coloration s'est répandue sur toute la surface du corps. On trouve dans les urines de la matière colorante biliaire. Les jours suivants, les mêmes symptômes persistent ; mais le malade perd son embonpoint, il maigrit très-

sensiblement. La région de l'hypochondre droit est empâtée, douloureuse à la pression. Il mange très-peu, dans la crainte d'exaspérer une douleur qu'il ressent au niveau du larynx.

Le 27, il tombe en syncope. Le dépérissement continue et la mort survient le 12 février.

Autopsie. — Péricarde sain ; petites taches laiteuses.

Cœur. — Volume normal ; muscles un peu jaunes et mous.

Poumons. — Il y a des adhérences du côté droit ; œdème des deux lobes inférieurs.

Abdomen. — En ouvrant le ventre et en décollant le péritoine au niveau de la vésicule biliaire, on voit des plaques purulentes sur le péritoine, qui sont en contact avec des plaques vertes à leur centre, recouvertes à leurs bords par un exsudat fibrino-purulent et situées sur la vésicule biliaire. Celle-ci est distendue et contient un liquide muqueux, filant, coloré en vert. Au niveau des ulcérations de sa surface externe, on en trouve de larges à sa face interne. La muqueuse a une couleur brune, et, sur cette couleur tranchante, on voit des plaques arrondies plus ou moins étendues, ulcérées, déprimées, qui sont d'un vert foncé. Il n'y a pas de calculs dans la vésicule, ni dans les canaux biliaires.

Le foie est petit, lobulé à sa surface inférieure. L'estomac, l'œsophage, le pharynx sont ouverts. On ne trouve pas de lésions ; mais es muqueuses sont décolorées.

Le duodénum a une coloration jaune à sa surface interne. Il sort de l'ampoule de Vater un liquide muqueux et transparent lorsqu'on presse la vésicule biliaire. La rate est petite. Les reins sont anémiés. La substance corticale est pâle, demi-transparente.

Le larynx est sain.

8° *Rétention de la bile dans la vésicule.* — A la palpation, on découvre dans la région hypochondriaque une tumeur fluctuante,

arrondie, et qui s'est accrue rapidement. Dans le cancer de la vésicule, la tumeur est le plus souvent dure et non fluctuante, et, après un accroissement lent, elle reste stationnaire. Dans le premier cas, la douleur est nulle ou presque nulle ; dans le second, elle est en général très-vive. La rétention biliaire survient en général après des accès antérieurs de colique hépatique, chez des gens arrivés à l'âge mûr. Le cancer de la vésicule se développe souvent sans prodromes chez des vieillards, et s'annonce par un amaigrissement et une cachexie caractéristiques.

Nous terminerons en donnant l'avis de Frerichs en pareille matière : « Les carcinomes du foie et de la vésicule ne peuvent donner lieu à l'erreur que dans les cas où des végétations encéphaloïdes molles proéminent sur le bord inférieur de la glande : elles se distinguent d'ordinaire aisément par les inégalités de leur surface, par une résistance plus grande, par une base plus large et des nodus qu'on peut sentir sur d'autres parties du foie ; on observera, en outre, de la cachexie cancéreuse. » (Frerichs, *loc. cit.*)

9° *Cancer du péritoine.* — Enfin, « dans le cancer du péritoine, dit Lebert (1), on constate des douleurs abdominales plus ou moins vives, caractérisées le plus souvent par un sentiment de gêne et de pesanteur, des tumeurs diffuses, isolées ou confluentes autour du nombril et dans les flancs, tumeurs inégales, bosselées, rarement douloureuses à la pression : plus tard, ces tumeurs deviennent moins appréciables, parce qu'il survient une ascite qui s'accroît très-rapidement. » Après la connaissance de ces signes, et si l'on sait que le cancer du péritoine est presque toujours secondaire, on n'hésitera plus entre cette affection et un cancer de la vésicule biliaire.

---

(1) Traité des maladies cancéreuses.

TRAITEMENT.

Le traitement ne peut être que palliatif.

Pour calmer la douleur, on appliquera des *narcotiques* sous forme de cataplasmes, de fomentations, de frictions, d'injections sous-cutanées, etc., etc.

On combattra activement les symptômes du côté des voies digestives. S'il y a *constipation,* on prescrira de *légers purgatifs*, comme la *manne*, les *sels neutres.*

On cherchera à modérer ou à arrêter le dévoiement à l'aide des *lavements laudanisés* ou de l'ingestion de quelques *pilules opiacées.*

On soutiendra autant que possible les forces au moyen d'aliments légers, faciles à digérer et nourrissants. On prescrira de l'eau de Vichy.

Le traitement des complications sera livré à l'appréciation des médecins.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des articulations du coude.

Physiologie. — Du toucher.

Physique. — Conductibilité des corps pour la chaleur; application à l'hygiène.

Chimie. — De la potasse, de la soude et de la lithine; leur préparation et leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des arachnides; leur division. Des araignées et des scorpions. Quels sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme (sarcopte, démodès, etc.)?

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exophthalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes morales sur les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses indications.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par saccharolés? Comment les divise-t-on? Des gelées, des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'hydramnios.

Vu, bon à imprimer,

VULPIAN, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.